

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADNI Okulistycznej dla dzieci**

przez

w miesiącu 202.....r.

| Lp. | Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych | Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych |
|-----------------------------------|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |
| 15. | | |
| 16. | | |
| 17. | | |
| Świadczenia pierwszorazowe | | |
| Poradnia | | |

.....
(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych przez Lekarza
Kierującego Oddziałem
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

.....
Potwierdzenie liczby zrealizowanych
punktów/porad przez pracownika Działu
Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)